

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 13 ГОРОДА УФА

ПРИКАЗ

«31» августа 2023 г.

№ 306/1- ОД

«Об условиях, порядке и оплате предоставления платных медицинских услуг сверх Программы государственных гарантий»

Во исполнение постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006»; Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»; Приказа Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 04.08.2023 г. № 1191-Д «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Республики Башкортостан»; на основании Устава ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа, в соответствии с действующей лицензией выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отменить приказ от 10.01.2022 г. № 32-ОД «Об условиях, порядке и оплате предоставления платных медицинских услуг населению сверх Программы государственных гарантий».
2. Утвердить:
 - 2.1. Положения об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа (приложение № 1);
 - 2.2. Положения об условиях, порядке и организации предоставления платных немедицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа (приложение № 1.1);
 - 2.3. список палат, функционирующих за счет средств от приносящей доход деятельности (приложение № 2);
 - 2.4. формы договоров по оказанию платных услуг с приложением об информированном добровольном согласии на получение платных медицинских услуг (приложение № 3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4);
 - 2.5. список специалистов, оказывающие медицинскую помощь (приложение № 4).
3. Специалистам, указанным в пункте 2.4.:
 - 3.1. осуществлять оказание платных медицинских и немедицинских услуг согласно Положений, указанных в пунктах 2.1. и 2.2.

3.2. осуществлять оказание платных медицинских и немедицинских услуг в палатах, функционирующих за счет средств от приносящей доход деятельности, указанных в приложении № 2

3.3. оказание платных медицинских услуг медицинскими работниками осуществлять в свободное от основной работы время.

4. Старшим медицинским сестрам структурных подразделений составлять графики и таблицы учета рабочего времени по работе за счет средств ОМС и по оказанию платных медицинских услуг отдельно.

5. Заведующим структурными подразделениями:

5.1. осуществлять распределение средств на оплату труда основного и вспомогательного персонала на основании Положения об условиях, порядке и оплате предоставления платных медицинских услуг согласованного с первичной профсоюзной организацией ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа;

5.2. согласовывать таблицы и графики учета рабочего времени по работе за счет средств ОМС и по оказанию платных медицинских услуг отдельно;

5.3. назначение лекарственных средств сверх утвержденного перечня ЖНВЛС проводить с письменного согласия пациентов;

5.4. обеспечить учет товаров (работ, услуг), приобретенных за счет средств от приносящей доход деятельности отдельно от других источников финансирования (средства ОМС, бюджет);

5.5. проводить маркировку историй болезни амбулаторных карт, требований на медикаменты символом «ХР» (хозрасчёт);

5.6. провести маркировку историй болезни амбулаторных карт пациентов по полису ДМС символом «ДМС» (дополнительное медицинское страхование);

5.7. при оформлении требований на получение медикаментов и расходных материалов для платных (хозрасчетных) пациентов указывать ФИО пациента, № истории болезни, № палаты.

6. Заведующей аптекой при закупке медикаментов руководствоваться заявками от заведующих структурными подразделениями.

7. Заместителю главного врача по экономическим вопросам обеспечить расчеты себестоимости услуг и подготовить прейскурант цен с учетом затрат и рентабельности услуг.

8. Главному бухгалтеру обеспечить движение финансовых средств и материальных запасов в соответствии с источниками финансирования. Организовать учет медикаментов, расходных материалов и мягкого инвентаря приобретенных за счет средств от приносящей доход деятельности отдельно от других источников финансирования (средств ОМС, бюджет).

9. Заведующим структурными подразделениями, Отделу маркетинга, обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией о местонахождении учреждения, режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

10. Ответственность за экспертизу качества медицинской помощи, оказанной за счет средств от приносящей доход деятельности возложить на заведующего экспертным отделом.

11. Специалистам, оказывающим платные медицинские услуги (хозрасчет) и услуги, оказываемые по ДМС осуществлять на основании договоров об оказании услуг, заключаемых между гражданами, юридическими лицами и страховыми медицинскими организациями.

12. Организационно-методическому отделу, планово-экономическому отделу, бухгалтерии организовать ведение статистического и финансового учета предоставляемых медицинских и иных платных услуг; представлять отчетность в порядке и в сроки, установленные нормативными актами.

13. Заведующим структурными подразделениями обеспечить организацию предоставления платных медицинских и иных услуг в соответствии с данным приказом по утвержденному прейскуранту цен и по ценам, согласованным между страховой медицинской организацией и учреждением здравоохранения, согласно плану финансово-хозяйственной деятельности на текущий финансовый год.

14. Специалистам, оказывающим платные медицинские услуги, не допускать оказание стационарной, поликлинической, лечебно-диагностической помощи пациентам, застрахованным в системе ОМС на платной основе, за исключением размещения в палатах повышенной комфортности (сервисных услуг).

15. Основанием для оказания платных медицинских и немедицинских услуг может служить:

15.1. желание пациента получить платную услугу;

15.2. договор на оказание платных медицинских услуг

15.3. информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг;

15.4. отсутствие соответствующей услуги в Программе государственной гарантий оказания гражданам РБ бесплатной медицинской помощи.

16. Возложить персональную ответственность за организацию оказания медицинской помощи населению на платной основе и по ДМС на заместителя главного врача по медицинской части; заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе; заместителя главного врача по экономическим вопросам; заведующего травматологическим центром II уровня; главную медицинскую сестру.

17. Канцелярии ознакомить с приказом всех заинтересованных лиц путем рассылки в системе «Битрикс 24».

18. Установить, что действие настоящего приказа распространяется на правоотношения, возникшие с 01.09.2023 года.

19. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Б.Н. Гарифуллин

Приложение № 2
к приказу № 306/1
от «31» августа 2023 г.

**СПИСОК ПАЛАТ
ГБУЗ РБ ГKB № 13 г. Уфа,
функционирующих за счет средств от приносящей доход деятельности**

Наименование отделения	Кол-во коек	Номер палаты	Количество мест
Отделение медицинской реабилитации	8	303	2 местная
		336	3 местная
		337	3 местная
Кардиологическое отделение	9	434	3 местная
		435	3 местная
		438	3 местная
Гематологическое отделение	4	613	2 местная
		614	2 местная
Ревматологическое отделение	6	501	1 местная
		502	2 местная
		503	2 местная
		535	апартаменты
Неврологическое отделение	5	704	1 местная
		705	2 местная
		706	2 местная
Пульмонологическое отделение	6	901	1 местная
		902	2 местная
		936	апартаменты
		937	2 местная
Гастроэнтерологическое отделение	5	801	1 местная
		802	2 местная
		803	2 местная
Хирургическое отделение	8	218	2 местная
		220	3 местная
		214	3 местная
Травматолого-ортопедическое отделение	8	317	2 местная
		318	2 местная
		335	2 местная
		337	2 местная
Оториноларингологическое отделение	10	5	3 местная
		6	3 местная
		12	2 местная
		13	2 местная
Гинекологическое отделение	2	236	2 местная
Отделение пластической хирургии	7	204	1 местная
		205	1 местная
		206	1 местная
		236	2 местная
		237	2 местная
ВСЕГО	78		

Заместитель главного врача по медицинской части



Жуманиязова А.А.

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 3
к приказу № 306/1
от «31» августа 2023 г.

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Уфа

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от «__» _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенным по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, оказывает платную медицинскую услугу Потребителю (далее–Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

Код услуги	Наименование услуги	Количество	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:				

1.3. Исполнитель оказывает Услугу в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, Потребителю в отделении _____ по адресу: _____, ответственное лицо от Исполнителя - _____

1.4. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое подписывается до даты заключения Договора и является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006)
- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7. Потребитель оплачивает оказанную Услугу в порядке и в сроки, которые установлены договором с Исполнителем

1.8. Сроки предоставления медицинских Услуг: с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

1.9. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель имеет право:

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;
- требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;
- выбрать лечащего врача;
- отказаться от исполнения Договора, в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору.
- на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги;
- на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.
- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации»

2.2. Потребитель обязан:

- информировать Исполнителя до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, о наличии у него особо опасных инфекциях, противопоказаниях к оказанию Услуги;
- выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения;
- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя.
- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных.

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;
- отказать Потребителю в оказании Услуги в случае: невыполнения Потребителем рекомендаций о правилах проведения Услуг и/или выявленных противопоказаний по состоянию здоровья;
- отказаться от исполнения обязательств по Договору лишь при условии полного возмещения заказчику убытков.

2.4. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную Услугу, предусмотренную Договором;
- предоставить Потребителю доступную и достоверную информацию о предоставляемой Услуге;
- уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуг, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
- 3.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.
- 3.4. Претензии по исполнению Услуг от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ.
- 3.5. Исполнитель в лице заместителя главного врача по медицинской части (тел.: 240-13-13) рассматривает претензию и предлагает Потребителю на выбор:
- назначить новый срок оказания Услуги;
 - уменьшить стоимость предоставленной Услуги;
 - исполнить Услугу другим специалистом;
 - расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке;
 - безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги;
 - расторгнуть Договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой услуги.
- 3.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 3.7. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.
- 3.8. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- 3.9 Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 4.1. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к Договору.
- 4.2. Договор может быть расторгнут по Соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
- 4.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.
- 4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.5. Настоящий Договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.
- 4.6. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с обязательным составлением письменного документа.

5. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
 450112, Республика Башкортостан,
 г. Уфа, ул. Нежинская, д.28
 т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13
 ИНН 0273019949, КПП 027301001
 ОГРН 1020202397434
 л/с 20112041990, р/с 40601810400003000001
 Отделение - НБ Республика Башкортостан
 БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись: _____

Потребитель:

 Паспортные данные _____

 Адрес _____

 Телефон: _____
 Адрес электронной почты _____

Подпись: _____

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я, нижеподписавший(ая)ся _____ « ____ » _____ года
рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрирован

по

адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан
Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания,
проинформирован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной
медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима
лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или
отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы
врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу
получить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных
учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я
использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант
лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги
путем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их
применение.

Настоящее информированное добровольное согласие является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

подпись пациента

ФИО

« ____ » _____ 201__ г.

АКТ

сдачи – приема выполненных медицинских Услуг

Услуги по Договору от « ____ » _____ 202__ г. № _____ оказаны/получены в полном объеме и надлежащего качества. Претензий по исполнению договора Стороны друг к другу не имеют. Расчет потребителем произведен полностью. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

подпись

ФИО

подпись

ФИО

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 3.1
к приказу № 306/1
от «31» августа 2023 г.

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг по стоматологической помощи

г. Уфа

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от « _____ » _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, оказывает платную медицинскую услугу Потребителю (далее – Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

Код услуги	Наименование услуги, номер наряда	Гарантия	Количество	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:					

1.3. Исполнитель оказывает Услугу в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, Потребителю в _____ отделении _____ по _____ адресу: _____, _____ ответственное _____ лицо _____ от _____ Исполнителя _____ - _____

1.4. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое подписывается до даты заключения Договора, является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006)

- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7. Потребитель оплачивает оказанную Услугу в порядке и в сроки, которые установлены договором с Исполнителем

1.8. Сроки предоставления медицинских Услуг: с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.

1.9. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**2.1. Потребитель имеет право:**

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;
- требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;
- выбрать лечащего врача;
- отказаться от исполнения договора о выполнении Услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
- на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги;
- на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.
- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан:

- информировать Исполнителя до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, о наличии у него особо опасных инфекциях, противопоказаниях к оказанию Услуги;
- выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения и протезирования зубов, а также рекомендации по гигиене полости рта;
- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя.
- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;

- отказать в оказании Услуги в случае: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения Потребителя; неадекватном поведении во время приема; действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя.

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 3.1
к приказу № 306/1
от «31» августа 2023 г.

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг по стоматологической помощи

г. Уфа

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от «___» _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, оказывает платную медицинскую услугу Потребителю (далее – Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

Код услуги	Наименование услуги, номер наряда	Гарантия	Количество	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:					

1.3. Исполнитель оказывает Услугу в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, Потребителю в _____ отделении по адресу: _____, ответственное лицо от Исполнителя - _____.

1.4. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое подписывается до даты заключения Договора, является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006)
- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7. Потребитель оплачивает оказанную Услугу в порядке и в сроки, которые установлены договором с Исполнителем

1.8. Сроки предоставления медицинских Услуг: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

1.9. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель имеет право:

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;
 - требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;
 - выбрать лечащего врача;
 - отказаться от исполнения договора о выполнении Услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
 - на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги;
 - на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.
- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан:

- информировать Исполнителя до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, о наличии у него особо опасных инфекциях, противопоказаниях к оказанию Услуги;
- выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения и протезирования зубов, а также рекомендации по гигиене полости рта;
- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя.
- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;
- отказать в оказании Услуги в случае: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения Потребителя; неадекватном поведении во время приема; действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя.

- в случае нарушения Потребителем п. 2.2. отказаться от исполнения обязательств по договору лишь при условии полного возмещения Исполнителем убытков;

2.4. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную Услугу, предусмотренную Договором и соблюдать конфиденциальность;
- предоставить Потребителю доступную и достоверную информацию о предоставляемой Услуге и о состоянии здоровья Потребителя;
- предоставить Потребителю гарантийный срок на оказанные медицинские услуги, согласно п. 1.2. настоящего договора, в соответствии с Законом о защите прав потребителей и Положением «Об установлении срока годности на виды стоматологической помощи в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа» при условии соблюдения правил гигиены, ухода и пользования «изделиями стоматологического назначения и материалами»;
- при неоказании стоматологической помощи в срок по причинам, не зависящим от него, назначить Потребителю новую дату и время предоставления помощи, оговоренной настоящим договором.
- уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуг, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

3.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

3.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

3.5. Претензии по исполнению Услуг от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ.

3.6. Исполнитель в лице заместителя главного врача по медицинской части (тел.: 240-13-13) рассматривает претензию и по необходимости имеет право предложить Потребителю на выбор:

- назначить новый срок оказания Услуги;
- уменьшить стоимость предоставленной Услуги;
- исполнить Услугу другим специалистом;
- расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке;
- безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги;
- расторгнуть Договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой услуги.

3.7. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.8. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением нового договора.

4.2. Договор может быть расторгнут по Соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

4.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

4.4. Неотъемлемой частью Договора является Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №1) и подписывается до даты заключения Договора.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.6. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

4.7. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с обязательным составлением письменного документа.

5. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
450112, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Нежинская, д.28
т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13
ИНН 0273019949, КПП 027301001
ОГРН 1020202397434
л/с 20112041990, р/с 40601810400003000001
Отделение - НБ Республика Башкортостан
БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись: _____

Потребитель:

Паспортные данные _____
Адрес _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты _____

Подпись: _____

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,
Я, нижеподписавший(ая)ся _____ «__» _____ года рожде-
ния, _____ (Ф.И.О. гражданина) _____ по _____ адресу
зарегистрирован _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Город-
ская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания, проинформи-
рован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной медицинской по-
мощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима
лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрица-
тельно сказаться на состоянии здоровья.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы
врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу полу-
чить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных
учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я
использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант
лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги пу-
тем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их примене-
ние.

Настоящее информированное добровольное согласие является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

подпись пациента _____

ФИО _____

«__»_____ 20__ г.

АКТ
сдачи – приема выполненных стоматологических услуг

ФИО пациента _____

Дс: _____

	Наименование услуги	Кол-во	Гарантия	Срок службы	Стоимость

Услуги по Договору от «__»_____ 20__ г. № _____ оказаны/получены в полном объеме. Претензий по исполнению дого-
вора Стороны друг к другу не имеют. Расчет потребителем произведен полностью. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одина-
ковую юридическую силу.

_____/_____/_____ /_____/_____ /_____

Работы выполнил врач _____ (_____)

Дата _____

Данный акт является неотъемлемой частью договора.

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 3.2
к приказу № 306/1
от «31» августа 2023 г.

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг по стоматологической помощи (ортодонтические услуги)

г. Уфа
г.

« ____ » _____ 202__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от « ____ » _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, оказывает платную медицинскую услугу Потребителю (далее – Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

Код услуги	Наименование услуги, номер наряда	Гарантия	Количество	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:					

1.3. Исполнитель оказывает Услугу в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, Потребителю в отделении _____ по адресу: _____, ответственное лицо от Исполнителя - _____

1.4. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое подписывается до даты заключения Договора, является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006)
- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7. Потребитель оплачивает оказанную Услугу в порядке и в сроки, которые установлены договором с Исполнителем

1.8. Сроки предоставления медицинских Услуг: с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

1.9. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель имеет право:

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;
- требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;
- выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);
- отказаться от исполнения договора о выполнении Услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
- на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги;
- на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.
- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан:

- информировать Исполнителя до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, о наличии у него особо опасных инфекциях, противопоказаниях к оказанию Услуги;

-выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения, по гигиене полости рта и в том числе рекомендации по приему продуктов;

-регулярно являться к врачу на прием в строго назначенное время;

- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличным расчетом через кассу Исполнителя;

- оплата ортодонтических работ производится поэтапно, в соответствии с планом лечения;

- в случае поломки аппарата, отрыва фиксированных на зубах элементов – оплатить стоимость починки, повторной фиксации;

- пройти профилактическое лечение, назначенное врачом-ортодонтом, перед фиксацией ортодонтического аппарата;

- сохранять рентгеновские и гипсовые модели челюстей в течении ортодонтического лечения и пять лет после его окончания;

- после окончания ортодонтического лечения выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив (повтор) и являться на назначенные профилактические осмотры;

- при необходимости изготовления ретенционных аппаратов, оплатить их стоимость согласно прейскуранту.

- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных.

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;

- отказать в оказании Услуги в случае: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения Потребителя; неадекватном поведении во время приема; действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя.

- в случае нарушения Потребителем п. 2.2. отказаться от исполнения обязательств по договору лишь при условии полного возмещения Исполнителю убытков;

2.4. Исполнитель обязан:

- оказывать Потребителю квалифицированную, качественную Услугу, предусмотренную Договором и соблюдать конфиденциальность;

- предоставить Потребителю доступную и достоверную информацию о предоставляемой Услуге и о состоянии здоровья Потребителя;

- предоставить Потребителю гарантийный срок на оказанные медицинские услуги, согласно п. 1.2. настоящего договора, в соответствии с Законом о защите прав потребителей и Положением «Об установлении срока годности на виды стоматологической помощи в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа» при условии соблюдения правил гигиены, ухода и пользования «изделиями стоматологического назначения и материалами»;

- при неокказании стоматологической помощи в срок по причинам, не зависящим от него, назначить Потребителю новую дату и время предоставления помощи, оговоренной настоящим договором.

- уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуг, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

3.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

3.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

3.5. Претензии по исполнению Услуг от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ.

3.6. Исполнитель в лице заместителя главного врача по медицинской части (тел.: 240-13-13) рассматривает претензию и по необходимости имеет право предложить Потребителю на выбор:

- назначить новый срок оказания Услуги;

- уменьшить стоимость предоставленной Услуги;

- исполнить Услугу другим специалистом;

- расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке;

- безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги;

- расторгнуть Договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой услуги.

3.7. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.8. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением нового договора.

4.2. Договор может быть расторгнут по Соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

4.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.5. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.
4.6. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с обязательным составлением письменного документа.

5. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
450112, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Нежинская, д.28
т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13
ИНН 0273019949, КПП 027301001
ОГРН 1020202397434
л/с 20112041990, р/с 40601810400003000001
Отделение - НБ Республика Башкортостан
БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись: _____ / _____

Потребитель:

Паспортные данные _____

Адрес _____

Телефон: _____
Адрес электронной почты _____

Подпись: _____ / _____

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я, _____, нижеподписавший(ая)ся _____ «___» _____ года
рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрирован

по

адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан
Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания,
проинформирован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной
медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима
лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или
отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы
врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу
получить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных
учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я
использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант
лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги
путем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их
применение.

Настоящее информированное добровольное согласие является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

подпись пациента

ФИО

«___» _____ 20__ г.

АКТ

сдачи – приема выполненных стоматологических услуг

ФИО пациента _____

Дс: _____

Наименование услуги	Кол-во	Гарантия	Срок службы	Стоимость

Услуги по Договору от «___» _____ 20__ г. № _____ оказаны/получены в полном объеме. Претензий по исполнению
договора Стороны друг к другу не имеют. Расчет потребителем произведен полностью. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих
одинаковую юридическую силу.

_____/_____/_____/_____

Работы выполнил врач _____ (_____)

Дата _____

Данный акт является неотъемлемой частью договора.

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг по лечению в хозрасчетных палатах

г. Уфа

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от « ____ » _____ 20 ____ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по _____ адресу: _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, оказывает платную медицинскую услугу в хозрасчетных палатах Потребителю (далее – Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях настоящего Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

1.2.1. Стоимость лечения одного дня в _____ отделении - _____ рублей.

1.2.2. Сумма расходов на стандартные параклинические исследования (обследования) на курс лечения _____ рублей.

1.2.3. Количество койко - дней лечения в отделении _____

1.2.4. Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет: _____ рублей.

1.3. Срок оказания Услуги: _____.

1.4. Код услуги _____

1.5. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое и подписывается до даты заключения Договора, является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.6. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006)

- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**2.1. Потребитель имеет право:**

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;

- требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;

- выбрать лечащего врача;

- на достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья;

- на добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства;

- по своему желанию выбрать, назначенные лечащим врачом лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для его использования в лечении (в соответствии с п. 28, ч. II «Назначение лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» Приказа от 20 декабря 2012 г. N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»), оформив информированное добровольное согласие приложением к данному договору;

- отказаться от исполнения договора о выполнении Услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

- на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги;

- на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.

- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации»

2.2. Потребитель обязан:

- достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющих нервнo-психических расстройств (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющих патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, атеросклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих для лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;
- выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения;
- предъявлять документ удостоверяющий личность при заключении Договора;
- строго соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача;
- строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя;
- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя.
- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных.

2.3. Исполнитель имеет право:

- заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Потребителя для консультации к другим специалистам;
- самостоятельно в лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять объем диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в соответствии с медицинскими показаниями;
- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания экстренной медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;
- отказать Потребителю в оказании Услуги в случае невыполнения Потребителем рекомендаций о правилах проведения Услуги и/или выявленных противопоказаний по состоянию здоровья;
- назначить лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, получив письменное информированное согласие потребителя.

2.4. Исполнитель обязан:

- обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Больницы (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, а также предоставлять Потребителю информацию о ходе оказания медицинских услуг, медицинскую карту и другие документы для ознакомления;
- оказывать Услуги, составляющие предмет Договора, качественно и в срок, установленный Договором;
- оказывать Услуги, составляющие предмет Договора, в соответствии с разрешёнными для применения на территории Российской Федерации методами диагностики, профилактики и лечения;
- вести медицинскую карту стационарного больного;
- соблюдать врачебную тайну в отношении информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- заменить лечащего врача по заявлению Потребителя, сделанному в письменной форме, при наличии уважительной причины и объективной возможности со стороны Исполнителя;
- при необходимости направлять Потребителя на стационарное лечение для оказания отдельных видов оперативной хирургической помощи в другие лечебные учреждения;
- извещать Потребителя об обстоятельствах, объективно препятствующих возможности оказания Услуги.
- уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Цена Договора складывается из стоимости медицинских услуг и расходов (издержек) Исполнителя, связанных с оказанием Услуги Потребителю.
- 3.2. Если в ходе оказания Услуги выявляется объективная необходимость изменения намеченного и согласованного Сторонами плана лечения, влекущего изменения цены Договора вследствие увеличения (изменения) объема работ, стоимость услуг, определённая в п. 1.2. Договора, может быть скорректирована Сторонами как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.
- 3.3. Оплата производится в рублях в безналичном порядке или в наличном порядке путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо в смешанном (наличном, безналичном) порядке.
- 3.4. Оплата по договору может быть произведена третьим лицом.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

4.4. Претензии по исполнению Услуг от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ. Исполнитель рассматривает претензию и предлагает Потребителю на выбор:

- назначить новый срок оказания Услуги;
- уменьшить стоимость предоставленной Услуги;
- исполнить Услугу другим специалистом;
- расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке;
- безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги;
- расторгнуть договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой Услуги.

4.5. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.

4.6. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

4.7. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. При уточнении диагноза, выявлении сопутствующих заболеваний, возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному Прейскуранту, с оформлением дополнительного соглашения к Договору, которое является неотъемлемым приложением к Договору.

5.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

5.4. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

5.5. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с обязательным составлением письменного документа.

5.6. Документами, подтверждающими факт оказания услуги, является Выписка из истории болезни и Акт оказанных услуг.

5.7. Неотъемлемой частью Договора является Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №1) и подписывается до даты заключения Договора.

5.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
450112, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Нежинская, д.28
т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13
ИНН 0273019949, КПП 027301001
ОГРН 1020202397434
л/с 20112041990, р/с 40601810400003000001
Отделение - НБ Республика Башкортостан
БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись: _____ / _____

Потребитель:

Паспортные данные _____
Адрес _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты _____

Подпись: _____ / _____

ФИО

палатах

Приложение 1
к Договору на оказание платных
медицинских услуг по лечению в хозрасчетных
от «___» _____ 2020г.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я, нижеподписавший(ая) _____ «___» _____ года рожде-

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрирован

по

адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания, проинформирован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги путем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их применение.

Настоящее информированное добровольное согласие является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

подпись пациента

ФИО

«___» _____ 2018 г.

АКТ

**оказанных услуг к Договору № ___ от «___» _____ 20__ г.
на оказание платных медицинских услуг по лечению в хозрасчетных палатах**

г. Уфа

«___» _____ 20__ г.

Мы, нижеподписавшиеся, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка), _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий Акт (далее-Акт) о нижеследующем:

1. «___» _____ 202__ г. между Исполнителем и Потребителем был заключен Договор на оказание платных медицинских услуг в хозрасчетных палатах.

2. В установленные Договором сроки, Исполнитель оказал медицинские Услуги Потребителю (по лечению, параклиническому исследованию, расходам на медикаменты) на общую сумму _____ рублей.
нужное подчеркнуть

сумма прописью

3. В соответствии с условиями Договора, по результатам лечения, Потребителю была предоставлена Выписка.

4. На основании изложенного Стороны заявляют, что услуги по договору оказаны в полном объеме, надлежащего качества, претензий по исполнению Договора друг к другу не имеют.

5. Расчет Потребителем произведен полностью.

6. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Акт подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

7. Настоящий акт оказанных услуг составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:

Потребитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа

ФИО _____

Подпись _____

Подпись _____

Акт со стороны Исполнителя подписывается факсимильной подписью главного врача

Заведующий _____ отделением _____ (_____)

Подпись

Ф.И.О.

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг по стоматологической помощи

г. Уфа

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от «__» _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, оказывает платную медицинскую услугу Потребителю (далее – Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

Код услуги	Наименование услуги, номер наряда	Гарантия	Количество	Цена по прейскуранту, руб.	Сумма к оплате, руб.
Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет:					

1.3. Исполнитель оказывает Услугу в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, Потребителю в _____ отделении по адресу: _____, ответственное лицо от Исполнителя - _____.

1.4. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое подписывается до даты заключения Договора, является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006)
- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.7. Потребитель оплачивает оказанную Услугу в порядке и в сроки, которые установлены договором с Исполнителем

1.8. Сроки предоставления медицинских Услуг: с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

1.9. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**2.1. Потребитель имеет право:**

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;
- требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;
- выбрать лечащего врача;
- отказаться от исполнения договора о выполнении Услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
- на безвозмездное устранения недостатков оказанной Услуги;
- на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.
- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан:

- информировать Исполнителя до оказания Услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, о наличии у него особо опасных инфекциях, противопоказаниях к оказанию Услуги;
- выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения и протезирования зубов, а также рекомендации по гигиене полости рта;
- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя.
- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;
- отказать в оказании Услуги в случае: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения Потребителя; неадекватном поведении во время приема; действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя.

- в случае нарушения Потребителем п. 2.2. отказаться от исполнения обязательств по договору лишь при условии полного возмещения Исполнителю убытков;

2.4. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную Услугу, предусмотренную Договором и соблюдать конфиденциальность;
- предоставить Потребителю доступную и достоверную информацию о предоставляемой Услуге и о состоянии здоровья Потребителя;
- предоставить Потребителю гарантийный срок на оказанные медицинские услуги, согласно п. 1.2. настоящего договора, в соответствии с Законом о защите прав потребителей и Положением «Об установлении срока годности на виды стоматологической помощи в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа» при условии соблюдения правил гигиены, ухода и пользования «изделиями стоматологического назначения и материалами»;
- при неказании стоматологической помощи в срок по причинам, не зависящим от него, назначить Потребителю новую дату и время предоставления помощи, оговоренной настоящим договором.
- уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуг, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
- 3.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.
- 3.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 3.5. Претензии по исполнению Услуг от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ.
- 3.6. Исполнитель в лице заместителя главного врача по медицинской части (тел.: 240-13-13) рассматривает претензию и по необходимости имеет право предложить Потребителю на выбор:
 - назначить новый срок оказания Услуги;
 - уменьшить стоимость предоставленной Услуги;
 - исполнить Услугу другим специалистом;
 - расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке;
 - безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги;
 - расторгнуть Договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой услуги.
- 3.7. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- 3.8. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 4.1. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением нового договора.
- 4.2. Договор может быть расторгнут по Соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
- 4.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.
- 4.4. Неотъемлемой частью Договора является Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №1) и подписывается до даты заключения Договора.
- 4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.6. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.
- 4.7. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с обязательным составлением письменного документа.

5. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
450112, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Нежинская, д.28
т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13
ИНН 0273019949, КПП 027301001
ОГРН 1020202397434
л/с 20112041990, р/с 40601810400003000001
Отделение - НБ Республика Башкортостан
БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись: _____

Потребитель:

Паспортные данные _____
Адрес _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты _____

Подпись: _____

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я, нижеподписавший(ая)ся _____ «___» _____ года рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрирован

по

адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания, проинформирован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги путем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их применение.

Настоящее информированное добровольное согласие является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

подпись пациента

ФИО

«___» _____ 20__ г.

АКТ
сдачи – приема выполненных стоматологических услуг

ФИО пациента _____

Дс: _____

Наименование услуги	Кол-во	Гарантия	Срок службы	Стоимость

Услуги по Договору от «___» _____ 20__ г. № _____ оказаны/получены в полном объеме. Претензий по исполнению договора Стороны друг к другу не имеют. Расчет потребителем произведен полностью. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Работы выполнил врач _____ (_____)

Дата _____

Данный акт является неотъемлемой частью договора.

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг по лечению в хозрасчетных палатах
(для хирургических отделений)

г. Уфа

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, (далее – ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа) зарегистрировано в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 № 007164812 от 13.01.2015 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от « ____ » _____ 20 ____ г., с одной стороны, и гражданин (ка), _____, паспорт серии _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность от _____ № _____ выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенному по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81, **оказывает платную медицинскую услугу в хозрасчетных палатах** Потребителю (далее – Услуга), согласно перечню Услуг, а Потребитель обязан оплатить выбранную им Услугу на условиях настоящего Договора.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

1.2.1. Стоимость оперативного вмешательства составляет _____ рублей.

1.2.2. Сумма расходов на анестезию составляет _____ рублей.

1.2.3. Стоимость лечения одного дня в отделении _____ рублей.

1.2.4. Сумма расходов на стандартные параклинические исследования (обследования) на курс лечения составляет _____ рублей.

1.2.5. Количество койко-дней лечения в отделении _____

1.2.6. Итого стоимость Услуг согласно прейскуранта составляет: _____ рублей.

1.3. Сроки оказания Услуги: _____.

1.4. Код услуги _____.

1.5. Представление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информационного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое и подписывается до даты заключения Договора, является Приложением № 1 к настоящему Договору.

1.6. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г. № 1006);

- ознакомил его с действующим в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.7. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.8. В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель имеет право:

- требовать предоставления Услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, расчет стоимости оказанной Услуги;

- требовать информацию о методах оказания медпомощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи;

- выбрать лечащего врача;

- на достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья;

- на добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства;

- на безвозмездное устранение недостатков оказанной Услуги;

- на возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной Услуги своими силами или третьими лицами.

- по своему желанию выбрать, назначенные лечащим врачом лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для его использования в лечении (в соответствии с п. 28, ч. II «Назначение лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» Приказа от 20 декабря 2012 г. N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»), оформив информированное добровольное согласие приложением к данному договору;

- отказаться от исполнения договора о выполнении Услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

- на все права, предусмотренные Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом «О защите прав потребителей в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан:

- достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющих нервнo-психических расстройств (эпилепсия и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющих патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, атеросклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих для лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;
- выполнять все рекомендации лечащего врача по методикам лечения;
- предъявлять документ удостоверяющий личность при заключении Договора;
- строго соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача;
- строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя;
- оплатить стоимость Услуги путем внесения 100% предоплаты (с согласия Потребителя) по безналичному расчету на счет Исполнителя или наличному расчету через кассу Исполнителя.
- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных.

2.3. Исполнитель имеет право:

- заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Потребителя для консультации к другим специалистам;
- самостоятельно в лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять объем диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в соответствии с медицинскими показаниями;
- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания экстренной медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;
- отказать Потребителю в оказании Услуги в случае невыполнения Потребителем рекомендаций о правилах проведения Услуги и/или выявленных противопоказаний по состоянию здоровья;
- назначить лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, получив письменное информированное согласие потребителя.

2.4. Исполнитель обязан:

- обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Больницы (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, а также предоставлять Потребителю информацию о ходе оказания медицинских услуг, медицинскую карту и другие документы для ознакомления;
- оказывать Услуги, составляющие предмет Договора, качественно и в срок, установленный Договором;
- оказывать Услуги, составляющие предмет Договора, в соответствии с разрешёнными для применения на территории Российской Федерации методами диагностики, профилактики и лечения;
- вести медицинскую карту стационарного больного;
- соблюдать врачебную тайну в отношении информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- заменить лечащего врача по заявлению Потребителя, сделанному в письменной форме, при наличии уважительной причины и объективной возможности со стороны Исполнителя;
- при необходимости направлять Потребителя на стационарное лечение для оказания отдельных видов оперативной хирургической помощи в другие лечебные учреждения;
- извещать Потребителя об обстоятельствах, объективно препятствующих возможности оказания Услуги.
- уведомить потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций о правилах проведения Услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена Договора складывается из стоимости медицинских услуг и расходов (издержек) Исполнителя, связанных с оказанием Услуги Потребителю.

3.2. Если в ходе оказания Услуги выявляется объективная необходимость изменения намеченного и согласованного Сторонами плана лечения, влекущего изменения цены Договора вследствие увеличения (изменения) объема работ, стоимость услуг, определённая в п. 1.2. Договора, может быть скорректирована Сторонами как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.

3.3. Оплата производится в рублях в безналичном порядке или в наличном порядке путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо в смешанном (наличном, безналичном) порядке.

3.4. Оплата по договору может быть произведена третьим лицом.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель не несет ответственность за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

4.4. Претензии по исполнению Услуги от Потребителя принимаются в течение сроков, предусмотренных законодательством РФ. Исполнитель рассматривает претензию и предлагает Потребителю на выбор:

- назначить новый срок оказания Услуги;
- уменьшить стоимость предоставленной Услуги;
- исполнить Услугу другим специалистом;
- расторгнуть Договор с возмещением убытков в установленном порядке;
- безвозмездно устранить недостатки оказанной Услуги;

– расторгнуть договор и потребовать выплаты неустойки в размере, определяемом законодательством РФ, а по соглашению сторон, указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставляемой Услуги.

4.5. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.

4.6. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ, Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральным законом от 07.02.1992года № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

4.7. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. При уточнении диагноза, выявлении сопутствующих заболеваний, возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному Прейскуранту, с оформлением дополнительного соглашения к Договору, которое является неотъемлемым приложением к Договору.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

5.4. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой Стороны и вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

5.5. Документом, подтверждающим факт оказания услуги является Выписка из истории болезни и Акт оказанных услуг.

5.6. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон обязательным составлением письменного документа.

5.7. Неотъемлемой частью Договора является Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №1) и подписывается до даты заключения Договора.

5.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
450112, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Нежинская, д.28
т/ф (347) 264-45-13, 240-13-13
ИНН 0273019949, КПП 027301001
ОГРН 1020202397434
п/с 20112041990, р/с 40601810400003000001
Отделение - НБ Республика Башкортостан
БИК 048073001, ОКТМО 80701000001

Подпись: _____

Потребитель:

Паспортные данные _____
Адрес _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты _____

Подпись: _____

ФИО

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

На основании п. 7 статьи 30 и статьи 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ,

Я, нижеподписавший(ая)ся _____ «___» _____ года рождения,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрирован

по

адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания, проинформирован(а) о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) оплатить их.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я уведомлен и осознаю, что несоблюдение указаний врача, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осознаю и понимаю, что для получения положительных результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врача.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа.

Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) в соответствии с ним оплатить стоимость, выбранной медицинской услуги путем внесения 100 % предоплаты.

Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю все его пункты, и даю согласие на их применение.

Настоящее информированное добровольное согласие является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

подпись пациента

ФИО

«___» _____ 20__ г.

АКТ

оказанных услуг к Договору

**на оказание платных медицинских услуг по лечению в хозрасчетных палатах № ___ от «___» _____ 20__ г.
(для хирургических отделений)**

г. Уфа

«___» _____ 20__ г.

Мы, нижеподписавшиеся, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего(ей) на основании доверенности от «___» _____ 20__ г., с одной стороны, и гражданин(ка), _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий Акт (далее-Акт) о нижеследующем:

1. «___» _____ 20__ г. между Исполнителем и Потребителем был заключен Договор на оказание платных медицинских услуг в хозрасчетных палатах.

2. В установленные Договором сроки, Исполнитель оказал услуги _____

сумма прописью

3. В соответствии с условиями Договора, по результатам лечения, Потребителю была предоставлена Выписка.

4. На основании изложенного Стороны заявляют, что услуги по договору оказаны в полном объеме, надлежащего качества, претензий по исполнению Договора друг к другу не имеют.

5. Расчет Потребителем произведен полностью.

6. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Акт подписывается факсимильной подписью главного врача и имеет равную юридическую силу подлинной подписи главного врача.

7. Настоящий акт оказанных услуг составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:

Потребитель:

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа,

ФИО _____

Подпись _____

Подпись _____

Заведующий _____ отделением _____ (_____)



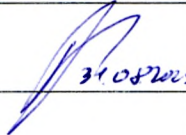
Подпись

ФИО

**Лист согласования
к приказу ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа**

№ 306/1-ОД от «31» августа 2023 г.

Содержание: «Об условиях, порядке и оплате предоставления платных медицинских услуг сверх Программы государственных гарантий»

№	ФИО	Должность	Согласование	Подпись/ Дата
1	Жуманиязова А.А.	заместитель главного врача по медицинской части	согн	 31.08.2023
2	Можаев А.Ю.	заместитель главного врача по экономическим вопросам		
3	Романова Т.Ю.	начальник отдела по управлению персоналом	согн	 31.08.2023
4	Аглиуллин Т.Р.	и.о. начальник юридического отдела	согн	 31.08.2023
5	Булыченко Ю.В.	председатель ППО		



Исполнитель: ПЭО



**Лист ознакомления
к приказу ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа**

№ 306/1-ОД от «31» августа 2023 г.

Содержание: «Об условиях, порядке и оплате предоставления платных медицинских услуг сверх Программы государственных гарантий»

№	ФИО	Должность	Ознакомление	Подпись/ Дата
1	Жуманиязова А.А.	заместитель главного врача по медицинской части		
2	Ялаева А.П.	и.о. заместитель главного врача по АПР		
3	Можаев А.Ю.	заместитель главного врача по экономическим вопросам		
4	Матнуров Д.И.	заведующий травматологическим центром II уровня		
5	Захарова В.Г.	главная медицинская сестра		
6	Саликаева О.С.	главный бухгалтер		
7	Сираева Г.А.	заведующий экспертным отделом		
8	Гришаев В.Б.	начальник отдела маркетинга		
9	Романова Т.Ю.	начальник отдела по управлению персоналом		
10	Корунас Л.Л.	заведующий аптекой		
11	Саликаева О.С.	главный бухгалтер		
12	Аглиуллин Т.Р.	и.о. начальник юридического отдела		
13	Булыченко Ю.В.	председатель ППО		
14	Попадейкина И. Ф.	техник канцелярии		

Исполнитель: ПЭО

